Algerian Journal of Human and Social Sciences
المجلة الجزائرية للعلوم الإنسانية والاجتماعية
ISSN : 2588-1558 / EISSN : 2710-8635

المجلد:09/العدد:01
(جوان 2025) ص: 271-289

تحليل وتقييم الحالة الصّحيّة للأفراد بالجزائر: 1966-2023

Analysis and assessment of the health of individuals in Algeria, 1966-2023

رشيدة كعباش[*1]

Rachida KAABACHE[*1]

[1] مركز البحث في الاقتصاد المطبق من اجل التنمية، (الجزائر)، r.kaabache@cread.dz

تاريخ الإرسال: 2025/10/23 **تاريخ القبول: 2025/05/23** **تاريخ النشر: 2025/06/05**

ملخص:
بغية تحليل الحالة الصّحيّة للأفراد وتقييمها من اجل استخدامها كأداة تسمح لأصحاب القرار بسنّ سياسات عموميّة ترمي إلى تحقيق الرفاه. ولبلوغ هذا الهدف، وجب التّتبّع الحثيث لمؤشّرات على سبيل مأمول الحياة لدى الولادة...، إلخ. فيما يخصّ بلادنا، تبدو بعض المؤشّرات جدّ واعدة، غير أنّ بروز الأمراض غير المعدية يهدّد بإحداث تغيّر سلبيّ يمسّ بالحالة الصّحيّة للأفراد وميزانيّة الدّولة على حدّ سواء. في هذا الإطار، سنحاول من خلال مقالنا هذا، أن نتتبّع الحالة الصّحيّة للمواطنين الجزائريّين عبر للمؤشرات منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، بينما نسعى إلى اقتراح حلول وقائيّة تصبو إلى تقليص أثر هذه الأمراض وخفض نفقات الصّحة.

الكلمات المفتاحية: المؤشّرات، الدّيموغرافيا، الأمراض غير المعدية، الصّحة، الجزائر.

Abstract:
The analysis and assessment of the health of individuals could allow decision makers to elaborate policies in order to achieve the well-being. Therefore, indicators like life expectancy at birth, ...and so on, are to monitor closely. In our country's case, some indexes seem to be very promising ; however, the emergency of NCD, threatens to negatively change the population's health and country's budget. In this context, we will attempt, through this article, to monitor the health of the Algerian population from 1962 to 2024, while trying to suggest preventive solutions meant to reduce the impact of these diseases and health expenses.

Keywords : Indicators ; Demography ; NCD ; Health ; Algeria.

* المؤلف المرسل.

1. مقدمة

منذ قرنين من الزمن، عرفت صحة البشر تغيرات ملحوظة تعود لتحسن معايير النظافة، ونوعية الأغذية، وكذا التّقدّم الّذي أحرزه الطّب. مما سمح للأفراد بالعيش لمدة أطول، والتّمتّع بصحّة أفضل، محرزين نسبا أعلى من المردوديّة والنّجاعة. حتى أن متوسط مأمول الحياة الذي كان لا يتعدّى سقف الأربعين عاما بين القرن السادس عشر وأواسط القرن التاسع عشر[1] قد يلغ الأربع والستين (64) عاما في 1990 وتجاوز الثلاث والسبعين (73) عاما في 2024، ويرجح أن يبلغ السبع والسبعين (77) عاما في 2050. [2]

غير أنه ورغم أن كل فرد يسمو للتّمتع بصحّة جيدة،[3] فإنّه دونما انتباه منه، يعمل على تثبيطها بسبب سوء تقديره وتصرفاته الخطيرة. حاليّا، أصبحت الأمراض الغذائيّة غير المعدية مثل السّمنة المفرطة، وأمراض القلب والشّرايين، وبعض أنواع السرطان، وما شابه، السّبب الرّئيسي للاعتلال وارتفاع نسب الوفاة في جميع أنحاء العالم.[4] ما يعود للتّغيرات التي مرّت بها المجتمعات، على سبيل النّمو العمراني السريع للمدن، وساعات العمل الطّويلة، وانتشار اللّجوء إلى مختلف أنواع المطاعم الّتي لا تتمتّع بنوعيّة تغذويّة ملائمة كبديل عن الوجبات المنزليّة، إلخ. علما أنّ وقع هذه الأمراض أكبر وتبعيّاتها أخطر في البلدان النّامية الّتي تعاني حاليّا من عبء مضاعف الثّقل، إذ لا تتوقّف مهمّتها على التّصدّي للأمراض المعدية، بل وتتعدّاها لمكافحة الأمراض غير المعدية.[5]

بالجزائر، يلاحظ تغيّر منحنى الاعتلال خلال السّنوات الأخيرة. حيث انخفض معدّل انتشار الأمراض المعدية، غير أنّ الأمراض الغذائيّة غير المعدية قد حلّت محلّها (أمراض القلب والشّرايين).[6] وهي وضعيّة مقلقة للسّلطات العموميّة وممتهني الصّحة الممارسين، جرّاء الخسائر البشريّة والماليّة المنجرّة عنها. فعلى سبيل المثال وحسب المنظّمة العالميّة للصّحّة، تتسبّب الأمراض غير المعدية في وفاة ما يعادل 43 مليون شخصا في 2021 (74% من

مجمل الوفيات) في العالم[7]. ناهيك عن العبء الماليّ الثّقيل لهذه الأمراض، فارتفاع ضغط الدّم مثلا، قد كلّف الولايات المتّحدة الأمريكيّة، حسب منظّمة الصّحة العالميّة، مبلغ 76.6 مليار دولار أمريكي في 2001.[8]

ومن جهة أخرى، يهدّد التّزايد المستمر لعدد السّكان من 12 مليون شخص في 1966 إلى ما يفوق 46 مليون شخص في 2024،[9] بتعقيد الوضعيّة الماليّة للبلاد مستقبلا، خاصّة وأنّ الوضعيّة لا تعد بالانخفاض في القريب العاجل.

ممّا سبق، سنحاول الإجابة على التساّؤل الرّئيسيّ التّالي: "ما هي الحالة الصحية للأفراد في الجزائر ومدى تأثرهم بالنقلة الوبائيّة والديموغرافيّة الحالية؟ "

وبغية التّعمق في مناقشة هذا التساّؤل الرّئيسي، وجب طرح تساؤالين ثانويّين، هما:

— هل تمر الجزائر بنقلة ديموغرافيّة وما هي اسبابها؟

— ما هي حالة القطاع الصحي من حيث الوسائل البشرية والهياكل القاعدية وأثرها على صحة الافراد؟

قصد الإجابة على جميع هذه الاستفسارات، ارتأينا وضع فرضيّات بحثيّة، سيتمّ التّحقّق من صحّتها على مدى تحرير هذا المقال، تتجسّد فيما يلي:

— تمر الجزائر بنقلة ديموغرافية في أعقاب السياسات العمومية التي تم اعتمادها.

— تمر الجزائر بارتفاع نفقاتها في مجال الصّحة نتيجة تقدم سن مواطنيها.

في هذا الصّدد، نعتزم من خلال هذا المقال، ذو النوع الاعلامي والوصفي، الّذي يرمي إلى تقليص وقع الأمراض الغذائيّة غير المعدية، والوفيات المبكّرة، ومصاريف الصّحة، أوّلا: تقديم حوصلة عن صحّة المجتمع الجزائري بالاعتماد على عدد من المؤشّرات الصّحيّة والديموغرافيّة. ثانيا: تفحّص أسباب الاعتلال ووفاة المواطنين. وأخيرا: تقديم بعض الاقتراحات.

2. الحالة الصحيّة للمجتمع الجزائري

حسب ابن سينا، فإنّ الصّحة اختصاص لا يتوقّف هدفه على مكافحة الأمراض، بل يسعى لبلوغ غاية أسمى تتمثّل في تحقيق الرّفاه والحفاظ على صحّة جيّدة.[10]

وتعتبر الصّحة من العوامل الرّئيسة الّتي تتحكّم في مردوديّة الفرد. فعلى سبيل المثال، يؤدّي الافتقار إلى الحديد إلى خسائر اقتصاديّة معتبرة. ما أثبتته دراسة تم إنجازها بأندونيسيا، تمّ خلالها تتبّع الحالة الصّحيّة لإثني وتسعين (92) امرأة عاملة في حياكة الخيش بمصنع على أطراف جاكارتا. حيث أظهرت النّتائج بأنّ 50% من النّساء يعانين من فقر الدّم، ما أدّى إلى انخفاض مردوديّتهنّ بما يعادل 3% إلى 5% مقارنة بالعاملات المتمتّعات بصحّة جيّدة.[11]

كما تختلف الحالة الصّحيّة للسّكان من بلد إلى آخر باختلاف مدى النّماء الاقتصاديّ. فمعدّل الاعتلال بالبلدان النّامية، أين يتواصل تسجيل نسب عالية لوفاة الأطفال حديثي الولادة والرّضع قبل عامهم الأوّل، يخصّ الأمراض المعدية كالسّل وحمّى المستنقعات (الملاريا)، إلخ. بيد أنّ الوضعيّة مختلفة تماما بالبلدان النّاشئة والمتقدّمة، أين يعود سبب الوفاة إلى الأمراض غير المعدية كأمراض القلب والشّرايين، والسّرطان، إلخ.[12]

فيما يتعلّق بالجزائر، سنسعى إلى تحديد الحالة الصّحيّة للمواطنين، حيث سنتتبّع عددا من المؤشّرات السّكانيّة، وكذا الموارد الطبيّة (الممارسون بالقطاع الصّحي والهياكل الصّحية) الموضوعة تحت تصرّف المواطنين بغية وقايتهم من الأمراض أيّا كان نوعها.

1.2 دراسة ديموغرافية :

عشيّة الاستقلال، في 1962، تمّ تقدير تعداد السّكان بالجزائر بما يفوق العشرة (10) ملايين شخص،[13] مرّ جميعهم بويلات الاستعمار والحرب، ويعاني معظمهم من مشاكل تغذويّة.[14]

وقد تطلّب الأمر مرور أربع (4) سنوات قبل تسجيل زيادة في عدد السّكان، الّذي بلغ اثني عشرة (12) مليون شخص.

الجدول رقم 01: الوضعيّة الديموغرافية بالجزائر، 1966-2023

	1966	1987	2000	2007	2012	2020	2023
تعداد السّكان (10^3)	12 096	23 139	30 416	34 096	37 495	44 244	46 344
منهم نساء	49.79	49,42	49.45	49.48	49.39	49.33	49.40
أقل من 15 سنة	47.16	44,08	34.02	27.77	27.85	30.65	30.30
من 15 إلى 59 سنة	46.07	50,17	59.28	64.79	64.02	59.58	59.20
أكثر من 60 سنة	6.77	5,75	6.7	7.44	8.13	9.76	10.50
نسبة الإعالة (%)	117.06	99,34	68.7	54.34	56.2	67.83	69.00
معدّل وفاة الرّضع (‰)	180	64,42	36.9	26.2	22.6	18.9	19.90
معدل الوفيات الصافي (‰)	10.14	6,97	4.59	4.38	4.53	5.33	4.15
معدل الولادات الصافي (‰)	46.31	34,60	19.36	22.98	26.08	22.42	19.30
مؤشر الخصوبة (ط/إ)	7.37	5,29	2.4	2.27	3.02	2.9	-
مأمول الحياة (أعوام)	50	63,00	72.5	75.7	76.4	76.3	79.60
منهم نساء (أعوام)	-	-	73.4	76.8	77.1	78.1	81.00

المصدر: كتابة الدولة للتخطيط، 1971، 16؛ 17-19 والديوان الوطني للإحصاء (ONS)، 2021، 2023، 6.

اعتمادا على الجدول رقم 01، يمكننا تتبّع تطوّر تعداد السّكان وكذا ملاحظة عدد من المؤشّرات الديموغرافية.

يمكن أن نلاحظ بأنّ عدد سكّان الجزائر قد فاق ثلاثة أضعاف ما كان عليه خلال ما يقارب الخمسين عاما، حيث أصبح يقدّر بستّ وأربعين (46) مليونا في 2024[15]، بعدما كان يعادل الاثني عشرة (12) مليونا في 1966. إذ عرف فترة زيادة سريعة خلال العقد الأوّل غداة الاستقلال حيث بقي مؤشر الخصوبة مستقرّا (6 إلى 7 أطفال للمرأة الواحدة "ط/إ").

ابتداء من الثمانينات يمكن ملاحظة تناقص نسبة الخصوبة نتيجة تطبيق برامج التّخطيط الأسريّة وتدعيم الدّولة لوسائل منع الحمل. ففي 1980، بلغ مؤشّر الخصوبة 5.29 ط/إ، ثم انخفض في 2007 ليصل حدّه الوطنيّ الأدنى الّذي قدّر بـــ 2.27 ط/إ، وبقي على حاله حتّى 2012، حيث تمّ تسجيل ارتفاعه من جديد ليصل 3 ط/إ، ما يبقى مستقرّا إلى يومنا هذا.

ويصاحب انخفاض مؤشّر الخصوبة تقلّص معدّل وفيات الأمّهات الّذي يتمّ حسابه بالنّسبة لكلّ 100 000 امرأة، من 230 وفاة بين 1985 و1989، إلى 117.4 حالة وفاة مماثلة في 1999، قبل أن يصل العدد إلى 60.3 حالة وفاة الأمهات في 2014[16]. ما يعود أساسا إلى تحسّن الحالة الصّحيّة للأمّهات (ارتفاع عدد وضع المواليد بالمستشفيات من 76% في 1992، إلى 92% في 2000، ليصل 98.60% في 2019، حسب تقديرات وزارة الصّحة والسّكان وإصلاح المستشفيات وكذا المسح العنقودي متعدد المؤشّرات)، إضافة إلى الاستفادة من الأدوية بشكل أفضل (تناول المضادات الحيوية ضدّ حمّى النّفاس[17]) واستعمال موانع الحمل.[18]

كما عرفت نسبة وفاة الرّضع الّذين تقلّ أعمارهم عن العام الواحد انخفاضا، من 180.0‰ في 1966، إلى 36.90‰ في 2000، لتصل 19.90‰ في 2023. نتيجة تحسّن النّوعية الغذائيّة والتّغذويّة للأطعمة المقدّمة للأطفال، وإتاحة الاستفادة من التّطعيم للجميع، وكذا تحسّن الوضعيّة الاجتماعيّة والاقتصاديّة للعائلات.[19]

وبالمقارنة مع المغرب وتونس، يبدو الوضع مشابها. حيث شهدة الديموغرافيا في المغارب تحولًا ملحوظاً خلال الستينيات، حيث انخفض معدل الخصوبة من 6.91 ط/إ في عام 1962 إلى 6.59 ط/إ في عام 1982، ليشهد انخفاضاً خلال التسعينيات، مع 4.25 ط/إ خلال فترة اتفاق الاستعداد الائتماني، والتي استمرت لتصل إلى 2.13 ط/إ في عام 2018. ويمكن تفسير هذه الوضعية بالانخفاض المستمر في معدل الوفيات العامة، حيث انخفض من

18.7 ‰ في عام 1962، إلى 6.70 ‰ في عام 1994، إلى5.7 ‰ في عام 2009، ليصل إلى 5.20 ‰ في عام 2017. وكذلك انخفاض معدل وفيات الرضع، الذي تراجع من 52.2 ‰ في عام 1994، إلى 40.40 ‰ في عام 2005، ليصل إلى 28.80 ‰ في عام 2015. بالإضافة إلى ذلك التقدم في سن الزواج للبكر والذي ارتفع على التوالي للرجال مقارنة بالنساء من 24 سنة مقابل 18 سنة في عام 1966، إلى 28 سنة مقابل 22 سنة في عام 1982، ليصل إلى 31 سنة مقابل 26 سنة في عام 2004.[20]

بالنسبة لتونس، لقد شهد ارتفع عدد السكان تقدماً مستمراً بوتيرة ثابتة. حيث ارتفع من 8.4 مليون نسمة في عام 1992 إلى 10.03 مليون نسمة في عام 2005، ليصل إلى 11.53 مليون نسمة في عام 2018. ويمكن تفسير هذا الوضع من خلال استقرار معدل الخصوبة من جهة، والذي يبلغ بمعدل طفلين لكل امرأة، وانخفاض معدل وفيات الرضع من جهة أخرى، حيث انخفض من 34.1‰ في عام 1992 إلى 20.3‰ في عام 2005، ليصل إلى 13.1‰ في عام 2004.[21]

الفرق يكمن في أن معدل الخصوبة بالمغرب بدى مستقرا رغم وصله إلى عتبة استبدال الأجيال، على عكس الجزائر التي شهدت انتعاشاً. أما بالنسبة لتونس، فقد بدأ معدل الخصوبة في الانخفاض منذ عام 2017، حيث انخفض من 2.3 إلى 1.8 ط/إ في عام 2022.

هذا الوضع يدفعنا إلى التساؤل حول الإجراءات أو الآليات التي يجب أن تتّخذها هذه الدول الثلاث للحفاظ على رأس مالها البشري، خاصة بالنسبة لتونس، التي يبدو أنها تعاني من وضعية حرجة. ومن الجدير بالذكر أن عدد الزيجات في الجزائر قد شهد انخفاضاً منذ سنة 2014، حيث انخفض معدل الزواج من 9.88 ‰ إلى 6.01 ‰ في عام 2023، وهو ما قد يؤثر على الخصوبة المستقبلية.[22]

ويجدر الإشارة إلى أن الوضع يختلف بالنسبة لدول شمال البحر الأبيض المتوسط، حيث يميل معدل الخصوبة إلى أن يكون أقل من 2 ط/إ على الأكثر[23] ، ما قد يسبب نقص في اليد العاملة، الضغط على صندوق التقاعد والضمان الاجتماعي. هذا ما قد يادي الى اللجوء الى تشجيع الانجاب او الهجرة[24].

فيما يخصّ شيخوخة السّكان، يظهر الجدول ارتفاعا مستمرّا لعدد الشّيوخ رغم بطئه، من 6.67% في 1966، إلى 6.70% في 2000، إلى 7.71% في 2010، ليصل 10.50% في 2023. ما يعود إلى انخفاض نسبة الوفيات العامة من 10.14‰ في 1966، إلى 4.59‰ في 2000، لتصل 4.15‰ في 2023. علاوة على تحسّن مأمول الحياة، من 50 سنة في 1966، إلى 72.5 سنة في 2000، ليصل 79.6 سنة في 2023. ما قد يكون متّصلا بتحسّن نوعيّة الرّعاية الصّحّيّة النّاتج عن زيادة تعداد مستخدمي القطاع الصّحي (الأطبّاء) مقارنة بعدد السّكان (عدد السّكان للطبيب الواحد: س/ط): من 920 8 س/ط في 1966، إلى 027 1 س/ط في 1995، ليصل 558 س/ط في 2023[25].

هذه الحالة قد تؤدي في نهاية الامر إلى زيادة نفقات الصحة، خاصة نفقات صندوق التقاعد الوطني، وكذا زيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية. خاصة بعد ظهور الأمراض غير المعدية، وخاصة ارتفاع ضغط الدم والسكري، التي تستنزف ميزانيات الدول. على سبيل المثال، تم تقدير التكلفة غير المباشرة لمرض السكري في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي بحوالي 65 مليار دولار أمريكي في عام 2000.[26] وبالتّالي، تؤكّد هذه الوضعيّة فرضيّة النّقلة السّكانيّة، إذ تغيّرت مؤشّرات على سبيل وفاة الرّضع قبل عامهم الأول، أين انخفضت من 180‰ في 1966 إلى 19.9‰ في 2023، إلخ.

2.2 الدّيموغرافية الطّبيّة:

لقد تطوّر عدد المستخدمين الطّبيّين بشكل إيجابيّ منذ الاستقلال إلى غاية 2023،

حسب إحصائيّات وزارة الصّحة والسكان وإصلاح المستشفيات.[27]

حيث يمكننا تتبّع تطوّر هذا التّعداد اعتمادا على الجدول رقم 02 أدناه، والّذي يبيّن ارتفاع عدد المستخدمين الطّبيين على النّحو التّالي: 1353 طبيب، و216 صيدلي، و171 جراح أسنان في 1966، ومن ثمّ 550 23 طبيب، و2134 صيدلي، و7199 جراح أسنان في 1990، ثمّ 509 53 طبيب، و9081 صيدلي، و633 11 جراح أسنان في 2010، ليصل 077 83 طبيب، و445 14 صيدلي، و708 17 جراح أسنان في 2023.

فيما يتعلّق بالقطاع شبه الطّبي، فقد ارتفع العدد من 6377 في 1969، إلى 463 75 في 1990، إلى 105471 في 2010، ليصل 181219 في 2023.
غير أنّ هذا التّعداد يبقى غير كاف (باستثناء الشبه الطبي على العموم) إذ أنّه لا يستجيب للمعايير المسطّرة من قبل المنظّمة العالميّة للصحّة[28]، الّتي تحدّد الحدّ الأدنى لتغطية احتياجات الرّعاية الصّحيّة للسّكان بــ 2.5 مقدّم رعاية (طبيب"ة"، ممرّض"ة"، قابلة) لكلّ 1000 شخص.

بالجزائر، تطوّرت كثافة الأطبّاء (لكلّ 1000 شخص) من 0.11 في 1966، إلى 0.94 في 1990، إلى 1.49 في 2010، لتصل 1.79 في 2023. وقد يعود انخفاض الكثافة المسجل بين 1966-69 إلى مغادرة الأطبّاء الفرنسيين للجزائر بعد الاستقلال. حيث انتقلت من 0.12 في 1963 إلى 0.11 في 1966، لترتفع في 1994 إلى 0.94، ممّا سبّب نقصا في عدد الأطبّاء رغم محاولة سدّ الفراغ من خلال التّوظيف المستمر للأطبّاء الجزائريين خلال سنوات الاستقلال والّذين ارتفع عددهم من 285 في 1963، إلى 384 في 1966، ليصل 685 25 في 1994، ما يبقى غير كاف.

فيما يخص مستخدمي القطاع شبه الطّبي، فقد ارتفعت كثافتهم (لكلّ 1000 شخص) من 0.46 في 1969، إلى 0.95 في 1974، إلى 3.02 في 1990، إلى 2.93 في 2010،

لتصل 3.91 في 2023. مع ملاحظة انخفاض بين 1990 و2010، قد يعود لبرنامج إعادة الهيكلة الّذي مسّ بعمليّة التوظيف في القطاع العمومي، قصد استرجاع التّوازن الاقتصادي للبلاد[29]، ما جرى مجرى معاكسا لتطوّر تعداد السّكان، والّذي ارتفع بما يفوق 22%، من 25.643 مليون شخص في 1990 إلى 30.416 مليون شخص في 2000، مقارنة بـــ 75.463 مستخدم شبه طبي في 1990 و87.012 مستخدم شبه طبي في 2000 (نمو يعادل 6%) عند نهاية برنامج إعادة الهيكلة.

تبيّن الأرقام المتعلّقة بالكثافة أنّ موظّفي الصّحة، خاصّة المستخدمين الطّبيّين منهم، يعانون من نقص فادح في عدد الممارسين، ما ينجم عنه عبء كبير يقع على عاتق مستخدمي القطاع شبه الطبي، والّذين يتعيّن عليهم الاستجابة إلى احتياجات الرّعاية الصّحيّة الخاصّة بعدد كبير من السّكان، لاسيما فئة الشّيوخ، والّذين يلاحظ التّزايد الحثيث لنسبتهم مقارنة بمجمل المواطنين، لتصل 10.5% في 2023، مع توقّع الديوان الوطني للإحصاء أن تبلغ هذه النّسبة 17.52% في 2040. [30] ويمكن تفسير هذا النقص في اليد العاملة بهجرة الأطباء.

نتيجة نقص الكفاءات الطبية، تسعى العديد من دول العالم إلى استقطاب هذه الكفاءات. على سبيل المثال، اختارت كندا منح تسهيلات للحصول على الإقامة الدائمة للأطباء الأجانب لسدّ النقص في بلادها. أما في فرنسا، فيتعلق الأمر بامتحانات اعتماد الأطباء، التي كانت تُجرى كل خمس سنوات، ولكنها تُجرى الآن سنوياً[31].ووفقًا للمجلس الوطني لنقابة الأطباء الفرنسية (CNOM) في 2024، بلغ عدد الأطباء الأجانب في فرنسا 54168 (19.6%). حيث ان 43.6% منهم من أصول شمال أفريقية، وخاصة الجزائريين، بنسبة 25%، يليهم المغاربة بنسبة 11.5%، ثم التونسيون بنسبة 7.1%.[32]

في هذا الصدد اقترح رئيس نقابة الأطباء الجزائرية السيد بقاط بركاني باتخاذ بعض الإجراءات للحد من هجرة الأطباء، لاسيما التي تتعلق بالجنوب الجزائري، عبر استقبال أفضل

للأطباء من خلال تسهيل الوصول إلى أماكن ممارسة وظائفهم، والإعفاء الضريبي لمدة 3 سنوات، إلخ.[33]

الجدول رقم 02: الديموغرافية الطبية بالجزائر،1966-2023

السنة		1966	1969	1974	1990	1994	2010	2020	2022	2023
الأطبّاء	العدد	1 353	1 700	2 672	23 550	25796	53 509	83 713	78 607	83 077
	الكثافة*	0.11	0.12	0.18	0.94	0.94	1.49	1.89	1.72	1.79
الصّيادلة	العدد	216	265	542	2 134	3425	9 081	13 273	14 070	14 445
	الكثافة	0.02	0.02	0.04	0.09	0.12	0.25	0.3	0.31	0.31
جرّاحو الأسنان	العدد	171	212	494	7 199	7763	11 633	15 745	17 127	17 708
	الكثافة	0.01	0.02	0.03	0.29	0.28	0.32	0.36	0.38	0.38
القطاع شبه الطّبي	العدد	-	6 377	14 376	75 463	-	105 471	159 552	171 165	181 219
	الكثافة	-	0.46	0.95	3.02	-	2.93	3.61	3.75	3.91

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، 2021، 154-159؛ MSPRH، 2022، 2023، 18- 25.

* من اعداد الباحث بالاعتماد على معطيات (ONS, 2021, MSPRH, 2023, 2024)

بخصوص الهياكل الصحيّة، والّتي تتمثّل بالجزائر في المستشفيات، مراكز الصّحة، والمؤسّسات العموميّة للصحّة الجواريّة، إلخ، فقد عرف عددها زيادة مستمرّة منذ السبعينات إلى غاية 2023، حسب وزارة الصّحة والسّكان وإصلاح المستشفيات.[34]

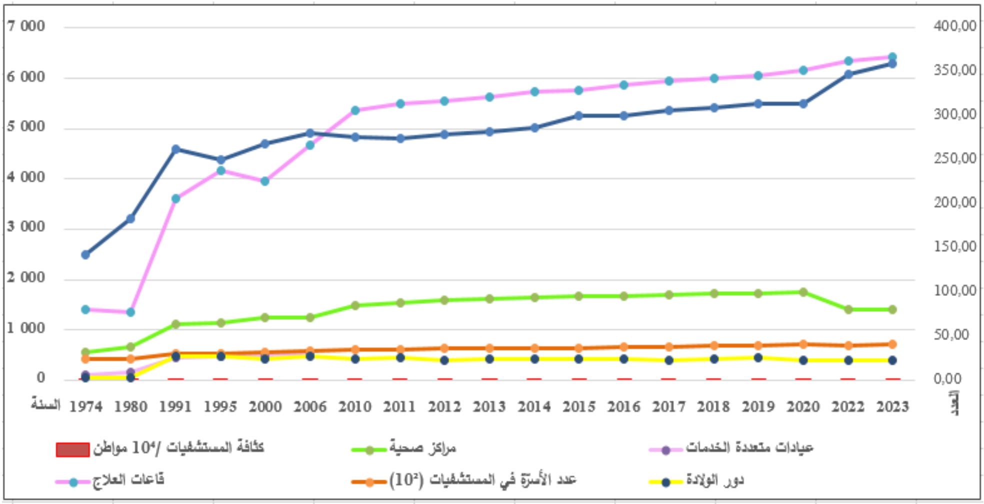
إذ ارتفع عدد المستشفيات بشكل متواصل من 143 في 1974، إلى 263 في 1991، ليصل 360 في 2023. ما تقابله زيادة عدد الأسرّة بالمستشفيات، من 404 43 في 1974، إلى 728 52 في 1991، ليصل 377 70 في 2023.

غير أنّ كثافة المستشفيات لا تستجيب لمعايير منظّمة الصّحة العالميّة[35] والمقدّرة بما يعادل مستشفى واحدا لكل 000 10 مواطن. حيث أنّ الكثافة لكلّ 000 10 جزائري قد بلغت

0.09 في 1974، و0.11 في 1990، و0.09 في 2006، و0.07 في 2011، ولم تتعدّ 0.08 في 2023.[36]

قد لوحظ نفس الوضع في المغرب حيث لم تصل كثافة المستشفيات إلى المعايير التي تتطلبها منظمة الصحة العالمية. رغم ارتفاع عدد المؤسسات الاستشفائية التي انتقلت من 104 في 1994 إلى 159 في 2019، بقية الكثافة ثابتة بمعدل 0.04.

الشكل البياني رقم01: الهياكل الصحيّة بالجزائر، 1974-2023



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على معطيات (ONS, 2021, MSPRH, 2023, 2024)

3. الاعتلال ونسبة الوفيات

1.3 الأمراض المهيمنة:

لقد سلّط تحقيق STEPwise الجزائر، الّذي تم نشره في 2018 الضوّء على الوضعية الصّحيّة الرّاهنة للمجتمع الجزائري. فيما يتعلّق بالأمراض غير المعدية[37]، لقد أكّد التّحقيق نتائج دراسات سابقة على سبيل دراسة TAHINAفي 2005،[38] ومعطيات حديثة نشرها المعهد الوطني للصّحة العموميّة في 2016.[39] حيث يبدو أنّ البدانة والسّمنة المفرطة منتشران بشكل كبير ومقلق يصل 55.6%، مع العلم بأنّهما يشكّلان عاملا مخطرا يسهّل الإصابة

بمعظم الأمراض التّغذويّة الأخرى. خاصّة وأنّ النّسبة العامّة للأشخاص الممارسين لنشاط جسديّ معتدل لا يتعدّى 69.2% وأنّه مقارنة بالرّجال فإنّ نسبة النّساء منخفضة، حيث تعادل نسبة الرّجال غير النّشطين 54.5% مقارنة بـــ 83.8% امرأة غير نشطة[40].

مع العلم انه سجلت حالات وفيات في العالم خلال سنة 2015 قدّرة ب 4 ملايين نتيجة لهذا الوباء، وفقًا لمنظّمة الصّحة العالمية. مع العلم ان عدد البالغين الذين يعانون من السمنة المفرطة في العالم في 2016 قدّر ب 600 مليون شخص.[41]

وبالتّالي، يعتبر ارتفاع الضّغط الدّمويّ المرض المهيمن بالجزائر بنسبة 23.6% من مجمل الأمراض غير المعدية، حيث يمسّ النّساء أكثر من الرّجال (24.1% نساء مقابل 23.1% رجال). يليه داء السّكريّ، الّذي يضمّ الأفراد الصّائمين ذوي مستوى غلوكوز عالي في الدم وكذا الّذين يتابعون علاجا ضد السّكري بنسبة 9%، ويمسّ النّساء أكثر من الرّجال (9.6% نساء مقابل 8.4% رجال). ومن ثمّ أمراض القلب والشّرايين باستثناء ارتفاع الضّغط الدّموي، حيث يصل عدد الفئة العمرية بين 40 و 69 سنة المهدّدين بالإصابة بأحد أمراض القلب والشّرايين هذه على مدى 10 سنوات $\leq$ 30%، بينما تقدّر نسبة أولئك المصابين حقّا بأحد أمراض القلب والشّرايين المذكورة 8.7%، غير أنّها تمسّ الرّجال أكثر من النّساء (8.9% رجال مقابل 8.5% نساء).[42]

الأمر نفسه ينطبق على تونس، حيث بلغ معدل انتشار ارتفاع ضغط الدم 30.6% في عام 2012، مما يجعله السبب الرئيسي للوفاة في البلاد.[43]

أمّا عن نسبة الأشخاص الّذين يعانون من نسبة كوليسترول إجمالية عالية أو الّذين يتابعون علاجا ضدّ ارتفاع الكوليسترول في الدّم، فهي تعادل 24%. حيث تمس النّساء أكثر من الرّجال (26.6% نساء مقابل 21.5% رجال). بيد أنّ الاستهلاك اليومي للخضر والفواكه

يبدو منخفضا مقارنة بالمعدّل الموصى به، حيث أنّ معدّل الاستهلاك المصرّح به خلال التّحقيق قد بلغ 3.00، منها 2.01 خضروات و0.9 فواكه [44].

تدل كلّ هذه المعلومات على الزّيادة المعتبرة لعدد المصابين بالأمراض غير المعدية بالجزائر وخطر ارتفاع معدّلات الاعتلال والوفيات على المديين المتوسط والطويل. خاصّة وأنّه يتمّ تجاهل عوامل مخطرة كالسّمنة المفرطة وارتفاع الكوليسترول في الدّم، إلخ. ما يصاحبه الاستهلاك المنخفض للخضر والفواكه، والاستعمال المفرط للزّيوت النّباتيّة أثناء تحضير الوجبات (93.2%)[45]ونقص النّشاط الجسدي.

2.3 الوفيات:

يعتبر تحديد سبب الوفاة أمرا صعبا بالجزائر، سواء كان ذلك في القطاع الخاص أو العمومي. رغم قيام المعهد الوطني للصّحة العموميّة، منذ 1995، بوضع تصنيف يهدف لتحديد أسباب الوفاة، من خلال تكوين الأطبّاء المنسّقين بالولايات حول شهادات الوفاة والمعايير الدّوليّة. مع العلم أنّه لم يقم المعهد الوطني للصّحة العموميّة بتبنّي التّصنيف الدّولي للأمراض، المستخدم من قبل منظّمة الصّحة العالمية(**ICD-10**) ، إلّا في سنة 2000 .

في 1982، نتج 36% من الوفيات المسجّلة بالمستشفيات عن أمراض المواليد، متبوعة بالأمراض المعدية بنسبة 17%، ثمّ أمراض القلب والشّرايين بمعدّل 12%، وأخيرا السّرطان بنسبة 3 **%.**

وفي 2016، بلغت نسبة الوفيات بالجزائر حسب المعهد الوطني للصّحة العموميّة 842 82 شخص، ما يمثّل 50% من الحالات المصرّح بها من قبل مصالح الحالة المدنيّة. حيث تظهر هذه النّسبة تحسّنا في عدد التّصريحات، والّتي لم تكن تتعدّى 45.3% في 2013، و42.8% في 2011، و44% في 2009، و40.5% في 2008، و12.2% في 2003 .

حيث تمثّلت أسباب الوفاة فيما يلي، أوّلا: أمراض القلب والشّرايين، من 21.04% في 2008، إلى 22.64% في 2012، لتصل 21.53% في 2016. ثانيا: أمراض المواليد، من 16.31% في 2008، إلى 15.88% في 2012، لتصل 11.51% في 2016. ثالثا: الأورام، من 7.91% في 2008، إلى 9.27% في 2012، لتصل 11.88% في 2016. رابعا: أمراض الغدد، من 5.30% في 2008، إلى 5.59% في 2012، لتصل 4.22% في 2016. وأخيرا أمراض المفاصل والعظام، من 0.11% في 2008، إلى 0.08% في 2012، لتصل 0.09% في 2016 .

من خلال تفحّص أسباب الوفاة المذكورة أعلاه، يمكن الكشف عن ارتفاع نسبة الوفيات بسبب أمراض القلب والشّرايين، ما يعكس جزء من نتائج تحقيقات المسح العنقودي متعدد المؤشّرات، حيث تعتبر نسبة الوفيات نتيجة ارتفاع ضغط الدّم (أحد أمراض القلب والشّرايين) من أعلى النّسب المسجّلة. إضافة إلى ذلك، فهي تظهر النّقلة الوبائيّة الّتي تتميّز بمواصلة الإصابة بالأمراض المعدية رغم انخفاض معدّلاتها منذ 1982 (من 3.14% في 2008 إلى 3.09% في 2016[46])، خاصّة وأنّ هذه الأخيرة تبقى خطرا على صحّة المواطنين الجزائريّين.

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية [47]، كانت الأسباب الرئيسية للوفاة في عام 2016 على مستوى العالم مرتبطة بأمراض القلب والأوعية الدموية، ومن المرجح أن هذا الوضع لن يتغير بشكل عام في السنوات القادمة. إذ من المتوقع أن يرتفع معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب الإقفارية (السبب الأول)، من 13.35% (7.5 مليون) في عام 2016 إلى 13.57% (9.2 مليون) في عام 2030، قبل أن يصل إلى 16.26% (16.5 مليون) في عام 2060. تليها السكتة الدماغية (السبب الثاني) ، فمن المتوقع أن ترتفع من 11.78% (6.7 مليون) إلى 12.59% (8.5 مليون) على التوالي، لتصل إلى 10.57% (10.75 مليون). أما بالنسبة لأمراض القلب الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم، فمن المتوقع أن يرتفع معدل الوفيات بين عامي

2016 و2030 وينخفض في عام 2060. ومن المتوقع أن يرتفع من 2% (1.13 مليون) إلى 2.14% (1.45 مليون) ليصل إلى 1.88% (1.91 مليون).

4. خاتمة

يبدو أنّ الحالة الصّحيّة للمجتمع الجزائري تواجه تهديدا يتمثّل في الأمراض الغذائيّة غير المعدية، والّتي تستنزف رأس المال البشري والموارد الماليّة للبلاد، غير أنّه يمكن التّقليص من خطورتها بتغيير السّلوك الغذائيّ للأفراد[48].

لذلك قد تتضمن التوصيات ما يلي:

— حيث يمكن تبنّي علاج قائم على الاختيار الحسن للأطعمة، والتّربية التّغذويّة، للوقاية والحدّ من الأمراض التّغذويّة الّتي لم ينجح النّهج المعتمد على الأدوية في استئصالها. لاسيما في حالة أمراض الوفرة الّتي تعتبر الوقاية منها أنسب تدخّل ممكن. رغم ذلك، ينبغي توفير المنتجات الغذائيّة وضمان القدرة الشّرائيّة الكافية للجميع؛

— أمّا فيما يتعلّق بالوضعيّة الديموغرافية للبلاد، نرى بأنّ الحملات التّحسيسيّة عبر وسائل الإعلام المختلفة، وغيرها من البرامج الوقائيّة قد تشكّل حلولا بوسعها التّقليل من وطأة النّقلة الدّيموغرافية الّتي تعيشها البلاد؛

— وبالنّسبة لأسباب الوفاة بالجزائر، والّتي لا يمكن تحديد نسبة كبيرة منها (50% من مجمل الوفيات في 2016)، يمكن حلّ هذا الإشكال بتبنّي قوانين صارمة يتمّ تطبيقها بشكل تدريجيّ على مستوى جميع مصالح الرّعاية الصّحيّة للبلاد. إذ يمكن وضع بنوك معلومات على مستوى الهياكل الصّحيّة بهدف تحسين نوعيّة المعلومات المحصلّة، من خلال إرساء معايير للاستمارات الّتي يتمّ ملؤها، بهدف التّوصّل لسياسات صحيّة مناسبة يتمّ تطبيقها بأقّل التّكاليف.

5. الهوامش والمراجع

[1] Jennifer Prah et al. 2001, Health and the Economy, p. 619. In Bloom D.E. et al, Santé, richesse et bien-être, F&D, mars 2004, p. 10.
[2] WPP 2024 ONU. In Ined. 2024 : les NU publient de nouvelles projections de population mondiale, www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus. juill. 2024, Consulté le 7 sept. 2024.
[3] Béresiniak A., Duru G., Économie de la santé, Masson, Paris, 1997, p. 1.
[4] OMS, Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques, Rapport OMS/FAO d'experts, N° 916, OMS, Suisse, 2003, p. 5.
[5] Hubert B., Clément O. (dir.), Le monde peut-il nourrir tout le monde ? Sécuriser l'alimentation de la planète, Quæ, IRD, France, 2006, p. 82.
[6] MSPRH, Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale, MSPRH, Algérie, juil. 2003, p.6.
[7] OMS. MNT. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/, 16 sept. 2023, Consulté le 8 sept. 2024.
[8] WHO (2009). Global health risks …. In Yaya H.S., Kengne A. P., Introduction générale : l'hypertension artérielle en Afrique : présent et nouvelles perspectives, In Yaya H. S., Kengne A. P. (dir.), Le défi de la prévention des MCV et ses perspectives en Afrique. Juguler le mal meurtrier et insidieux de l'HTA, PUL, Canada, av. 2014, p. 2.
[9] ONS, …2024, Op. cit. & ONS, Rétrospective statistique 1962-2020, ONS, Algérie, 2021, p. 43.
[10] Moulin A.-M., Ya-t-il une définition scientifique de la santé …., in La santé, usage et enjeux d'une définition, CER, N°30, 1996. In Beye S. L'économie et la santé dans une perspective managériale, l'Harmattan, France, 1999, p. 49.
[11] Scholz B.D. et al., Anaemia is associated with reduced productivity of women workers even in less-physically-strenuous tasks, BJN, Vol 77, 1997, p. 51-52.
[12] Abel-Smith B., Étude internationale des dépenses de santé : Leur incidence sur la planification des services médico-sanitaires, CSP, N°32, OMS, Suisse, 1969, p. 16.
[13] TEA, 1960, p. 219. In Amin S., L'économie du Maghreb : la colonisation et la décolonisation, De Minuit, France, 1966, p. 22.
[14] D. Sari : la désorganisation de l'agriculture dans l'Ouarsenis, Revue Études Rurales, 1972. In Sari D., La dépossession des fellahs (1830-1962), S.N.E.D, Algérie, 1975, p. 101-103.
[15] ONS, Démographie algérienne, 2020 à 2023, ONS, Algérie, N°1030, juill. 2024, p. 6
[16] INSP & MSPRH. In GA, Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement, Algérie, GA, Algérie, juil. 2005, p. 56 & MSPRH, UNICEF Algérie, Plan national de réduction de la mortalité maternelle 2015 - 2019, MSPRH, Alger, 2015, p. 12.
[17] Fièvre responsable de la mortalité maternelle. Dont les causes majeurs : endométrite, phlébite utéropelvienne, infection urinaire et infection mammaire. In Larousse médical, France, 2006.
[18] OMS, l'itinéraire de la santé dans le monde 2007-2017, OMS, Suisse, 2017, p. 14.
[19] Ibid.
[20] الحمى المسؤولة عن الوفيات الأمومية. ومن أسبابه الرئيسية: التهاب بطانة الرحم، التهاب الأوردة الحوضية الرحمية التهاب المسالك البولية، والتهاب لثدي". In Larousse médical, France, 2006.

[21] Ministère de la Santé, Santé en chiffres 2004, Rabat : MS, 2005 ; Ministère de la Santé, Santé en chiffres 2015, éd. Rabat : MS, 2016; HCP, Projections de la population et des ménages 2014-2050, éd. Rabat : CERED, Mai 2017, 71 p. ; Statistique Tunisie, Institut national de la statistique. Consulté le 14 aout 2022. In http://dataportal.ins.tn/fr/DataAnalysis?yyh4xKVkVUCm1ENPLJeQQ.

[22]ONS, Démographie algérienne, 2020 à 2023, ONS, Alger, N°1030, juill. 2024, p. 8.

[23]Eurostat (2025) ; Insee. In Insee. (2025). Natalité et fécondité dans l'union européenne : données annuelles de 1999 à 2023. Insee.fr/fr/statistiques/2381396.

[24]World Population Prospect 2024 ONU. In 2024 : les Nations unies publient de nouvelles projections de population mondiale. (2024, juillet). *Ined*. https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/2024-les-nations-unies-publient-de-nouvelles-projections-de-population-mondiale#:~:text=de%20population%20mondiale-,2024%20:%20les%20Nations%20unies%20publient%20de%20nouvelles%20projections%20de%20population,10,2%20milliards%20en%202100 & Assistance médicale à la procréation (AMP) · Inserm, La science pour la santé. (2018, 1 mars). *Inserm*. https://www.inserm.fr/dossier/assistance-medicale-procreation-amp/

[25]Calculer par l'auteur à partir des statistiques du MSPRH.

[26] Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. Bulletin of the World Health Organization 2003 ;81(1) :19-28. In PAHO, Stratégie régionale et plan d'action pour une approche intégrale de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, Washington DC : PAHO, 2007, p. 4.

[27] : MSPRH. In ONS, Rétrospective…, Op.cit., p. 154-156 & MSPRH. In ONS, l'Algérie en quelques chiffres : Résultats 2015/2017, N°48, ONS, Algérie, 2021, p. 26.

[28] Chen L et al. Human resources for health: overcoming the crisis. Lancet, 2004, 364:1984–1990. In OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé, OMS, Suisse, p. 12.

[29] FMI, La surveillance exercée par le FMI, https:// www.imf. org/fr /About/Factsheets/IMF-Surveillance. 01 mars 2021, Consulté le 10 juin 2022.

[30] ONS, Démographie algérienne…, Op.cit., p. 16.

[31] Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. « Un accès plus facile à la résidence permanente pour les médecins au Canada pour aider à combler les pénurie... » Canada.ca, 23 sept. 2022, www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/nouvelles/2022/09/un-acces-plus-facile-a-la-residence-permanente-pour-les-medecins-au-canada-pour-aider-a-combler-les-penuries-de-docteurs.html. Consulté le 20 mai 2025. &

[32]Les médecins d'origine étrangère en France -.Revue du Syndicat National des Cardiologues. , Consulté le 10 juin 2022. https://lecardiologue.com/les-medecins-dorigine-etrangere-en-france/#:~:text=377%20–%20A%20ce%20jour, %20le,,2%20%%20sont% 20naturalisés%20 français.

[33] Les médecins d'origine étrangère en France -.. - Revue du Syndicat National des Cardiologues. 2014, 22 décembre. https://lecardiologue.com/les-medecins-dorigine-etrangere-en-france/#:~:text=377%20–%20A%20ce%20jour,%20le,,2%20%%20sont%20naturalisés%20français..

[34] MSPRH, Santé en chiffres année 2010-2020, MSPRH, Alger.
[35] OMS, Rapport sur les résultats de l'OMS : budget programme 2016-2017, OMS, Suisse, 2017, p. 13.
[36] Calculer par l'auteur à partir du : MSPRH, Santé en chiffres…, Op.cit. ; ONS, Rétrospective…, Op.cit.
[37] OMS, MSPRH, Enquête nationale sur la mesure du poids des facteurs de risque des MNT selon l'approche STEPwise de l'OMS : Principaux résultats (2016-2017), MSPRH, Algérie, 2018, p. 4.
[38] INSP, Transition épidémiologique et système de santé, projet TAHINA : Enquête nationale santé 2005, INSP, Algérie, nov. 2007, p. 66.
[39] INSP, Causes médicales de décès année 2015-2016, INSP, Algérie, avr. 2018, p. 3.
[40] OMS, MSPRH, Enquête… Op.cit., p. 16. In Kaabache R., Agrarian Policy, Impact on the Food Offer and Health: Case of Algeria, JESD, Vol 06, N°02, 2023, p. 862.
[41] UNICEF-WHO-The World Bank joint Child malnutrition estimates — levels and trends - 2021 edition. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341135). In OMS. (2023). Apport en graisses totales pour la prévention de la prise de poids excessive chez l'adulte et l'enfant (Résumé de la ligne directrice de l'OMS), p. 1.
[42] OMS, MSPRH, Enquête… Op.cit., p. 11 ; 17
[43] Ben Mansour N, Skhiri H, Aounallah Skhiri H, Hsairi M, Hajjem S. Eastern Mediterranean Health Journal. 04. Vol. 20. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO/EMRO); 2014. Causes of death in Tunisia: estimates of years of life lost; pp. 257–264. In Jarraya, F., Mahfoudh, H., Kammoun, K., Hachicha, J., & Kammoun, K. (2012). Prise en charge de [b]l'hypertension[/b] artérielle en Tunisie : le défi d'un pays en voie de développement. Revue Médicale Suisse, 8(353), 1725–1730. https://doi.org/10.53738/revmed.2012.8.353.1725
[44] Ibid., p. 7.
[45] Ibid.
[46] INSP, Causes …2015-2016, Op.cit.
[47] OMS, Global health estimates: projection of deaths by cause, age and sex, by who region. Publié en octobre 2018 et consulté le 06 déc. 2021. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/..
[48] Cawley J., Ruhm C. J., The Economics of Risky Health Behaviors, in Pauly M.V. et al., Handbook of Health Economics, Vol 2, Elsevier, Angleterre, p. 97.